


Associação entre arranjo domiciliar e qualidade de vida de idosos da comunidade*


Alisson Fernandes Bolina¹

 <https://orcid.org/0000-0002-1364-0176>


Mayssa da Conceição Araújo¹

 <https://orcid.org/0000-0002-8475-6950>

Vanderlei José Haas²

 <https://orcid.org/0000-0001-8743-0123>

Darlene Mara dos Santos Tavares²

 <https://orcid.org/0000-0001-9565-0476>

Objetivo: comparar as características sociodemográficas e econômicas de idosos da comunidade segundo o arranjo domiciliar e verificar associação entre o tipo de arranjo domiciliar e os escores de qualidade de vida. Método: estudo epidemiológico transversal, com 796 idosos da comunidade. Para avaliar qualidade de vida (variável dependente), rede e apoio social (variável de ajuste), foram utilizados instrumentos validados e aplicados teste qui-quadrado, análise estatística descritiva, análise de comparações múltiplas (ANOVA) e modelo de regressão linear múltipla ($p < 0,05$). Resultados: os idosos que residiam somente com os cônjuges apresentaram melhores escores de qualidade de vida em todos os domínios e facetas, exceto no domínio morte e morrer, que não evidenciou diferença significativa. Os menores escores de qualidade de vida foram identificados nos grupos com a presença dos filhos, sendo que, excepcionalmente no domínio relações sociais e nas facetas morte e morrer e intimidade, aqueles que viviam sozinhos tiveram piores avaliações. No modelo ajustado, verificou-se associação entre o tipo de arranjo domiciliar e os diferentes domínios e facetas de qualidade de vida. Conclusão: o arranjo domiciliar apresentou associação com escores de qualidade de vida de idosos da comunidade, mesmo após ajuste para as variáveis sexo, idade, número de morbidades e apoio social.








Descritores: Composição Familiar; Idoso; Qualidade de Vida; Família; Envelhecimento; Enfermagem Geriátrica.

* Apoio Financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Edital Universal Processo 407978/2016-0, Brasil.

¹ Universidade de Brasília, Departamento de Enfermagem, Brasília, DF, Brasil.

² Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

Como citar este artigo

Bolina AF, Araújo MC, Hass VJ, Tavares DMS. Association between living arrangement and quality of life for older adults in the community. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3401. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4051.3401>.   

URL

Introdução

O envelhecimento populacional tem causado alterações na estrutura das famílias que suscitam reflexões sobre a sustentabilidade dos modelos tradicionais de assistência familiar aos idosos. Embora o aumento da expectativa de vida tenha ampliado o número de gerações sobreviventes, observa-se, atualmente, menor probabilidade de coabitação multigeracional em uma mesma família. Além disso, a queda da fertilidade (redução do número de jovens), as mudanças nos padrões de gênero (inserção das mulheres no mercado de trabalho) e o enfraquecimento da representação social do idoso na sociedade contemporânea comprometem a capacidade da família prover cuidados aos idosos⁽¹⁾.

Nesse cenário, novas configurações de arranjo domiciliar de idosos⁽²⁾ têm sido discutidas, sendo essa temática objeto de preocupação premente na agenda mundial do envelhecimento da população⁽¹⁾. Neste estudo, entende-se arranjo domiciliar como a composição dos indivíduos que residem em um mesmo espaço físico (domicílio), considerando a identidade dos coabitantes (cônjuge, filhos, netos, cuidador e outros). Trata-se de uma definição operacional também adotada em outras pesquisas no Brasil⁽³⁾ e no mundo⁽⁴⁾.

Ainda que a maior parte dos idosos no mundo viva acompanhada, é importante mencionar o recente aumento exponencial de domicílios unipessoais⁽⁵⁾. Especificamente no Brasil, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 15,3% dos idosos viviam sozinhos em 2013⁽⁶⁾. Embora essa modalidade de arranjo represente uma conquista e um desejo do idoso de viver sozinho, pode, por outro lado, ser fator de risco para o isolamento social, com prejuízo à saúde mental e dificuldades para acesso aos serviços de saúde⁽³⁻⁷⁾.

Diversos estudiosos da área destacam o papel da família como fonte de apoio emocional, instrumental e financeiro, que impacta positivamente na saúde mental e no grau de satisfação com a vida dos idosos⁽⁸⁻⁹⁾. Em estudo realizado na China, os idosos que viviam com a família mostraram-se mais propensos a receber recursos financeiros e apoio emocional de seus familiares em comparação àqueles que residiam sozinhos⁽¹⁰⁾.

Em contrapartida, a coresidência do idoso com a família, por si só, não garante apoio nos momentos de necessidade⁽³⁾, uma vez que os familiares podem não estar preparados para lidar com as especificidades do envelhecimento, sobretudo pela dificuldade em oferecer suporte instrumental no cotidiano⁽¹⁰⁾.

Sob essa ótica, cada modalidade de arranjo domiciliar apresenta potencialidades e fragilidades

que suscitam a necessidade de investigar mais profundamente a associação entre isolamento social, saúde mental e bem-estar do idoso⁽⁷⁾. Todos esses fatores interferem diretamente na Qualidade de Vida (QV)⁽⁷⁾, aqui compreendida como “[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁽¹¹⁾.

Na literatura gerontológica, estudos verificaram que os idosos que coabitam com filhos adultos^(5,12), vivem sozinhos^(5,7) ou com outros membros (sem a presença do cônjuge)^(7,13) têm apresentado prejuízo na QV. Entretanto, essas pesquisas não realizaram ajuste para o apoio social, o que será objeto de análise do presente estudo.

Independentemente da modalidade de arranjo domiciliar, o apoio social promove engajamento significativo, suporte emocional e evita o isolamento social⁽¹⁴⁾, podendo, portanto, desempenhar papel mediador entre o arranjo domiciliar e a QV. Resultados de pesquisa conduzida com idosos chineses que residiam sozinhos sugerem que o apoio social pode amenizar os efeitos negativos sobre a QV⁽⁹⁾. Em outro estudo também realizado na China, os idosos urbanos que viviam sozinhos foram os mais vulneráveis aos piores escores de qualidade de vida relacionada à saúde e a interação social reduziu esse efeito negativo⁽¹⁴⁾. No entanto, até o momento, não foi identificada pesquisa para verificar a associação entre o arranjo domiciliar e os domínios e facetas de QV de idosos urbanos da comunidade mediante a aplicação de um instrumento específico para essa faixa etária e ajustes para as potenciais variáveis de confusão, como o apoio social.

Diante do exposto, emergem alguns questionamentos: Qual modalidade de arranjo domiciliar mais contribui para a QV de idosos urbanos da comunidade? A relação entre o arranjo domiciliar e os escores de QV de idosos se mantém mesmo após o controle para o apoio social? Deve-se mencionar que a conformação do arranjo domiciliar no Brasil não depende exclusivamente da vontade do idoso ou de sua família, mas envolve uma variedade de aspectos históricos, socioculturais, políticos, econômicos e demográficos, o que pode favorecer ou prejudicar a QV⁽¹⁵⁾.

Portanto, acredita-se que investigar a relação entre os diferentes tipos de arranjos domiciliares contemporâneos e a QV da população idosa em um município brasileiro contribuirá para elucidar as potencialidades e os desafios específicos de cada contexto de moradia, os quais, por sua vez, precisam

ser considerados pelos pesquisadores, educadores, profissionais de saúde e da assistência social e, sobretudo, pelos formuladores de políticas públicas. O enfermeiro, na qualidade de membro da equipe de saúde da família, tem um papel primordial no cuidado aos idosos da comunidade, sendo o contexto de moradia e a rede de apoio social aspectos que devem ser analisados durante a consulta de enfermagem.

Este estudo apresenta os seguintes objetivos: comparar as características sociodemográficas e econômicas de idosos da comunidade segundo o arranjo domiciliar; e verificar associação entre o tipo de arranjo domiciliar e os escores de qualidade de vida.

Método

Estudo de abordagem quantitativa, do tipo inquérito domiciliar, observacional, analítico e transversal, desenvolvido na área urbana do município de Uberaba, localizado no estado de Minas Gerais.

Participaram do estudo idosos (60 anos ou mais) residentes na zona urbana do referido município. Definiu-se a amostra com base em procedimentos para amostragem de conglomerado em múltiplos estágios. O cálculo do tamanho amostral considerou um coeficiente de determinação em um modelo de regressão linear múltipla com cinco preditores, tendo como nível de significância ou erro do tipo I de erro do tipo II de $\beta = 0,1$, resultando, portanto, em poder estatístico apriorístico de 90%. No aplicativo PASS (*Power Analysis and Sample Size*), versão 13, foram inseridos os valores acima descritos, obtendo-se $n=813$.

Constituíram critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos e residir na zona urbana do município de Uberaba-MG. Foram excluídos idosos institucionalizados; com problemas de comunicação (surdez não corrigida por aparelho e transtornos graves da fala); não localizados após três tentativas do entrevistador; e que apresentassem declínio cognitivo associado ao escore final ≥ 6 pontos no Questionário de Atividades Funcionais PFEFFER. Com base nesses critérios, foram excluídos 17 idosos: 12 por apresentarem declínio cognitivo e escore > 6 pontos no referido questionário e cinco que não possuíam dados completos em relação às variáveis de desfecho. Compuseram a amostra final do estudo 796 idosos.

A coleta dos dados foi realizada no domicílio dos idosos, no período de maio de 2017 a junho de 2018, por meio de entrevista direta utilizando os instrumentos descritos a seguir. Inicialmente, realizou-se a avaliação cognitiva do idoso por meio da aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM),

traduzido e validado no Brasil⁽¹⁶⁾, e, em rastreio positivo para o declínio cognitivo, aplicou-se o Questionário de Atividades Funcionais PFEFFER⁽¹⁷⁾ ao acompanhante do idoso. Essa escala possui 11 questões com escore máximo de 33 pontos e permite verificar a presença e severidade do declínio cognitivo por meio da avaliação da funcionalidade e necessidade de assistência de outras pessoas. No presente estudo, para as situações em que o resultado no PFEFFER fosse inferior a seis pontos, definiu-se que a entrevista seria realizada com o idoso e, se necessário, as informações poderiam ser complementadas pelo informante.

Para coleta das variáveis explanatórias e de ajuste, utilizou-se um formulário estruturado com as seguintes informações: (1) socioeconômicas: sexo (masculino e feminino); idade (variável numérica) e/ou faixa etária, em anos (60-70, 70-80 e 80 ou mais); escolaridade, em anos de estudo (Nenhum, 1-4, 4-8, 8-11 e 11 e mais); renda individual mensal, em salários mínimos (sem renda, < 1, 1, 1-3, >3); e (2) número de morbidades autorreferidas.

Outra variável de ajuste foi a rede e o apoio social, avaliada pela escala elaborada originalmente pelo *Medical Outcomes Study (MOS)*⁽¹⁸⁾, traduzida e validada para o Brasil⁽¹⁹⁾. A escala é constituída por cinco dimensões (apoio material, apoio afetivo, apoio emocional, informação e interação social), avaliadas por meio de perguntas em que o idoso indica com qual frequência considera disponível cada tipo de apoio, em caso de necessidade: 1 (nunca); 2 (raramente); 3 (às vezes); 4 (quase sempre) e 5 (sempre). Com base nas respostas, a escala gera um escore, sendo que quanto maior a pontuação, melhor o apoio social⁽¹⁹⁾.

Para avaliar o arranjo domiciliar (variável preditora preferencial), foi questionado ao idoso "O Sr(a) mora em seu domicílio?" e oferecidas as seguintes opções de respostas: só; somente com cuidador profissional; somente com o cônjuge; com outros de sua geração com ou sem cônjuge; com filhos com ou sem cônjuge; com netos com ou sem cônjuge; outros arranjos. Com base nas respostas, a amostra do estudo foi recategorizada em seis grupos conforme o tipo de arranjo domiciliar: moravam somente com o cônjuge; sozinhos; somente com os filhos; com o cônjuge e outros; com os filhos e outros; e possuíam outros tipos de arranjos.

A QV – variável resposta ou desfecho – foi mensurada utilizando-se dois instrumentos validados no Brasil: o *World Health Organization Quality of Life Bref (WHOQoL-Bref)*, composto por quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente)⁽²⁰⁾, e o *World Health Organization Quality of Life Old (WHOQoL-Old)*, constituído por seis facetas

(funcionamento dos sentidos; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; e intimidade)⁽²¹⁾. Destaca-se que os instrumentos são complementares para avaliação da QV, pois o W WHOQoL-Bref mensura essa variável de forma genérica e o WHOQoL-Old é específico para idosos. Os escores foram mensurados por uma sintaxe e variam de 0 a 100, em que o maior valor representa a melhor QV.

Os dados coletados foram processados em planilhas eletrônicas no programa Excel®, em duas bases de dados para avaliação de consistência. Em seguida, foram exportados para o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 12.0, a fim de proceder as análises dos dados.

Realizou-se análise estatística descritiva pela distribuição de frequências (absolutas e percentuais) para as variáveis categóricas e médias e desvios-padrão para as numéricas. Utilizou-se o teste qui-quadrado para comparação das características sociodemográficas e econômicas segundo o arranjo domiciliar. Para atender ao segundo objetivo, fez-se, primeiramente, a análise de comparações múltiplas (ANOVA), utilizando o critério de ajustamento de Bonferroni. O ajuste para as variáveis sexo, idade, número de morbidades e apoio social foi feito pelo modelo de regressão linear múltipla. Em todas as análises, o nível de significância (α) foi de 5% e os testes considerados significativos quando $p \leq \alpha$.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, sob protocolo de número 2.053.520.

Resultados

Compuseram a amostra final do estudo 796 idosos, divididos em seis grupos conforme o tipo de arranjo domiciliar: 22,2% (n=177) residiam somente com o cônjuge; 18,5% (n=147) sozinhos; 16,8% (n=134) somente com os filhos; 20,0% (n=159) com o cônjuge e outros; 12,8% (n=102) com os filhos e outros; e 9,7% (n=77) possuíam outros tipos.

Conforme apresentado na Tabela 1, o maior percentual de idosos que viviam com cônjuge e outros foi do sexo masculino, diferentemente dos demais grupos, em que prevaleceram mulheres ($p < 0,001$). Verificou-se que o maior percentual de idosos que residiam somente com cônjuge e com cônjuge e outros estava na faixa etária de 60-70 anos. As demais modalidades de arranjo concentraram idosos entre 70-80 anos ($p < 0,001$), destacando-se aqueles que viviam sozinhos. No que se refere à escolaridade, o

maior percentual apresentou 4-8 anos de estudo em todos os tipos de arranjo domiciliar. Entretanto, foram constatadas proporções mais elevadas de idosos com menores graus de escolaridade (nenhum e 1-4 anos de estudos) nos arranjos somente filhos/filhos e outros/só se comparados aos demais ($p = 0,001$). No que se refere à renda individual mensal, prevaleceram idosos que recebiam até um salário mínimo em todos os tipos de arranjo domiciliar, seguidos daqueles com renda de 1-3 salários mínimos ($p < 0,001$).

Na comparação dos escores de QV com os tipos de arranjos domiciliares demonstrada na Tabela 2, verifica-se que os idosos que residiam somente com o cônjuge, de maneira geral, apresentaram melhores escores de qualidade de vida em todos os domínios e facetas de QV ($p < 0,05$), exceto no domínio morte e morrer, que não evidenciou diferença significativa entre os grupos. Destaca-se que os menores escores de QV foram evidenciados nos grupos filhos e outros ou somente filhos, sendo que, excepcionalmente no domínio relações sociais e nas facetas morte e morrer e intimidade, aqueles que viviam sozinhos obtiveram as piores avaliações.

A seguir, na Tabela 3 são apresentados os escores de qualidade de vida segundo o arranjo domiciliar, após o ajuste para as potenciais variáveis de confusão: idade, sexo, número de morbidades e apoio social. No grupo de idosos que viviam sozinhos, identificou-se menor escore de qualidade de vida na faceta intimidade em relação àqueles que residiam somente com o cônjuge ($\beta = -0,087$; $p = 0,013$), independentemente de idade, sexo, número de morbidades e apoio social. Já os idosos que residiam somente com os filhos apresentaram menores escores em funcionamento dos sentidos ($\beta = -0,117$; $p = 0,006$), autonomia ($\beta = -0,082$; $p = 0,043$) e intimidade ($\beta = -0,079$; $p = 0,022$) na comparação com o grupo que vivia somente com o cônjuge, mesmo após ajuste para as demais variáveis de confusão.

Ainda em relação ao grupo de referência (somente com o cônjuge), os idosos que moravam com o cônjuge e outros alcançaram menores escores em autonomia ($\beta = -0,094$; $p = 0,019$) e participação social ($\beta = -0,083$; $p = 0,032$); no tipo de arranjo filhos e outros, foram identificados menores escores em funcionamento dos sentidos ($\beta = -0,100$; $p = 0,015$), atividades passadas, presentes e futuras ($\beta = -0,085$; $p = 0,021$), participação social ($\beta = -0,112$; $p = 0,003$) e intimidade ($\beta = -0,113$; $p = 0,001$); e, por fim, no grupo outros tipos, os menores escores foram observados na faceta intimidade ($\beta = -0,114$; $p < 0,001$). Destaca-se que essas associações permaneceram significativas mesmo após ajuste para as potenciais variáveis de confusão (Tabela 3).

Tabela 1 - Comparação das frequências absolutas e percentuais das variáveis sociodemográficas e econômicas segundo o arranjo domiciliar de idosos. Uberaba, MG, Brasil, 2017-2018

Variáveis	Somente cônjuge		Só		Somente filhos		Cônjuge e outros		Filhos e outros		Outros tipos		χ^2	p [†]
	N	%	N	%	N	%	N	%	n	%	N	%		
Sexo														
Feminino	91	51,4	95	64,6	112	83,6	76	47,8	86	84,3	70	90,9	96,1	<0,001
Masculino	86	48,6	52	35,4	22	16,4	83	52,2	16	15,7	7	9,1		
Faixa etária (em anos)														
60 70	77	43,5	39	26,5	40	29,9	83	52,2	28	27,5	24	31,2	53,5	<0,001
70 80	76	42,9	72	49,0	55	41,0	61	38,4	39	38,2	32	41,6		
80 e mais	24	13,6	36	24,5	39	29,1	15	9,4	35	34,3	21	27,3		
Escolaridade (em anos)														
Nenhum	24	13,6	29	19,7	34	25,4	15	9,4	23	22,5	9	11,7	37,7	0,001
1 4	28	15,8	34	23,1	36	26,9	37	23,3	25	24,5	16	20,8		
4 8	77	43,5	59	40,1	40	29,9	60	37,7	40	39,2	31	40,3		
8 e mais	48	27,1	25	17,0	24	17,9	47	29,6	14	13,7	21	27,3		
Renda individual mensal [‡]														
sem renda	23	13,0	0	0	2	1,5	16	10,1	1	1,0	1	1,3	58,5	<0,001
até 1 salário	76	42,9	74	50,3	75	56,0	79	49,7	58	56,9	41	53,2		
1 3	63	35,6	69	46,9	50	37,3	51	32,1	39	38,2	31	40,3		
> 3	15	8,5	4	2,7	7	5,2	13	8,2	4	3,9	4	5,2		

[†]Teste qui-quadrado; [‡]p-valor; [‡]Salário mínimo vigente no período de coleta de dados: 2017 (R\$ 937,00) e 2018 (R\$954,00)

Tabela 2 - Comparação dos escores de QV* nos domínios do WHOQoL-Bref e facetas do WHOQoL-Old segundo o arranjo domiciliar de idosos. Uberaba, MG, Brasil, 2017-2018

Domínios/Facetas QV	Somente cônjuge	Só	Somente filhos	Cônjuge e outros	Filhos e outros	Outros tipos	F [†]	p [‡]
	Média (DP±)	Média (DP±)	Média (DP±)	Média (DP±)	Média (DP±)	Média (DP±)		
<i>WHOQoL-Bref</i>								
Físico	68,1 (17,4)	64,6 (16,9)	63,2 (17,2)	65,6 (16,8)	61,3 (15,5)	62,9 (17,5)	2,75	0,018
Psicológico	73,8 (14,1)	68,0 (15,7)	68,7 (15,8)	72,0 (13,5)	66,7 (13,5)	69,5 (13,2)	4,90	<0,001
Relações sociais	73,4 (14,9)	66,0 (17,2)	67,4 (16,7)	72,9 (14,6)	69,3 (13,8)	67,1 (17,1)	5,97	<0,001
Meio ambiente	68,5 (13,3)	63,8 (14,0)	65,9 (13,3)	67,2 (13,0)	63,5 (12,8)	64,6 (13,9)	3,17	0,008
<i>WHOQoL-Old</i>								
Funcionamento sentidos	78,0 (20,8)	73,1 (22,5)	67,7 (24,0)	76,9 (22,1)	68,7 (24,1)	76,0 (21,6)	5,06	<0,001
Autonomia	73,6 (13,6)	69,9 (16,5)	65,9 (17,0)	69,7 (15,6)	67,0 (15,5)	67,1 (14,0)	4,80	<0,001
Atividades pas/pres/fut	72,9 (13,2)	66,2 (16,9)	68,6 (16,1)	70,5 (13,5)	65,9 (13,4)	67,6 (14,9)	5,07	<0,001
Participação social	71,7 (15,5)	66,0 (17,0)	66,7 (18,0)	67,2 (16,5)	62,8 (15,3)	66,4 (16,0)	4,30	0,001
Morte e morrer	74,6 (28,1)	70,0 (27,5)	74,5 (25,4)	73,9 (27,0)	73,9 (24,4)	78,1 (27,5)	1,02	0,407
Intimidade	78,7 (16,8)	66,0 (22,9)	71,0 (23,9)	76,1 (17,3)	69,8 (18,5)	68,3 (23,7)	8,44	<0,001

*QV = Qualidade de vida; [†]ANOVA-F; [‡]p-valor

Tabela 3 – Escores de qualidade de vida segundo o arranjo domiciliar de idosos, após ajuste para as potenciais variáveis de confusão: idade, sexo, número de morbidades e apoio social. Uberaba, MG, Brasil, 2017-2018

Domínios/facetas QV [†]	Modelo de regressão linear múltiplo ajustado*				
	Só	Somente filhos	Cônjuge e outros	Filhos e outros	Outros tipos
	$\beta^{\ddagger}(\rho)^{\S}$	$\beta^{\ddagger}(\rho)^{\S}$	$\beta^{\ddagger}(\rho)^{\S}$	$\beta^{\ddagger}(\rho)^{\S}$	$\beta^{\ddagger}(\rho)^{\S}$
<i>WHOQoL-Bref</i>					
Físico	0,038 (0,291)	0,001 (0,980)	-0,032 (0,362)	-0,046 (0,188)	0,013 (0,710)
Psicológico	-0,009 (0,808)	-0,015 (0,678)	-0,024 (0,502)	-0,068 (0,055)	0,007 (0,850)
Relações sociais	-0,038 (0,303)	-0,066 (0,076)	0,018 (0,613)	-0,032 (0,377)	-0,062 (0,072)
Meio ambiente	-0,010 (0,787)	0,019 (0,611)	-0,012 (0,746)	-0,052 (0,161)	-0,011 (0,764)
<i>WHOQoL-Old</i>					
Funcionamento sentidos	-0,005 (0,906)	-0,117 (0,006)	-0,005 (0,906)	-0,100 (0,015)	0,017 (0,676)
Autonomia	0,025 (0,545)	-0,082 (0,043)	-0,094 (0,019)	-0,056 (0,154)	-0,039 (0,309)
Atividades pass/pres/futu	-0,037 (0,328)	-0,014 (0,714)	-0,045 (0,220)	-0,085 (0,021)	-0,032 (0,365)
Participação social	-0,026 (0,511)	-0,031 (0,423)	-0,083 (0,032)	-0,112 (0,003)	-0,024 (0,507)
Morte e morrer	-0,023 (0,601)	0,028 (0,527)	-0,002 (0,961)	0,015 (0,718)	0,065 (0,120)
Intimidade	-0,087 (0,013)	-0,079 (0,022)	-0,019 (0,566)	-0,113 (0,001)	-0,114 (<0,001)

*Categoria de referência: somente cônjuge; [†]QV = Qualidade de vida; [‡]Coefficiente de regressão; [§]p-valor

Discussão

Neste estudo, o maior percentual de idosos residia somente com o cônjuge (22,2%), seguidos daqueles que moravam com o cônjuge e outros (20,0%) e sozinhos (18,5%). Corroborando parcialmente esses achados, investigação com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) identificou que os arranjos domiciliares de idosos mais representativos foram: casal que morava com filhos e outros parentes (24,8%); monoparental (24,1%), em que a pessoa de referência foi o filho e/ou outros parentes; e casal com filhos (18,9%)⁽¹⁵⁾.

Em relação ao sexo, outros estudos também verificaram predominância de idosas morando sozinhas^(3,6,15), o que pode ser explicado pela maior expectativa de vida das mulheres no Brasil⁽²²⁾. Além disso, os homens em situação de viuvez ou separação tendem a se casar novamente⁽¹⁵⁾; convergindo com o resultado do presente estudo, em que o maior percentual de idosos que viviam com o cônjuge e outros era do sexo masculino.

No que se refere à faixa etária, verificou-se maior percentual de idosos que moravam sozinhos entre 70 | 80 anos. Os dados nacionais corroboram os achados do presente estudo ao evidenciarem prevalência de indivíduos mais velhos (75 anos ou mais) vivendo em domicílios unipessoais⁽⁶⁾. Pesquisa realizada no Canadá também identificou maior proporção de idosos mais

velhos residindo sozinhos em relação aos demais, em ambos os sexos⁽⁴⁾. Com o passar do tempo, os idosos tornam-se mais suscetíveis a viverem sozinhos em decorrência da viuvez. No Brasil, a expectativa de vida da população estimada em 2017 era de 76 anos⁽²³⁾.

Embora tenha aumentado o número de gerações sobreviventes em virtude do aumento da expectativa de vida, tem-se verificado um enfraquecimento da capacidade das famílias em prover cuidados aos idosos em decorrência de diversos fatores: redução das taxas de fecundidade, maior inserção das mulheres no mercado de trabalho e presença do agêismo na sociedade moderna⁽¹⁾.

Deve-se mencionar que o aumento de domicílios unipessoais de idosos representa um indicador de processo de envelhecimento bem-sucedido, na medida em que eles podem vivenciar este momento de forma independente e autônoma⁽³⁾. Entretanto, com o passar dos anos, eleva-se o risco de comprometimento funcional^(14,24), o que pode dificultar o acesso aos serviços de saúde e a execução de tarefas cotidianas⁽³⁾.

No que diz respeito à escolaridade, resultado semelhante foi evidenciado em estudo realizado com dados da Pesquisa Nacional de Saúde, na qual a maioria dos idosos brasileiros declarou possuir primário ou menos (76,7%)⁽²⁵⁾. O grau de escolaridade eventualmente interfere no processo saúde-doença, na procura pelos serviços de saúde e na aderência aos tratamentos⁽²⁶⁾.

Consequentemente, idosos que residem sozinhos e possuem baixo nível de escolaridade podem ser mais vulneráveis à piora da condição de saúde se comparados àqueles que vivem acompanhados ou que possuem mais anos de estudos⁽⁶⁾.

Neste estudo, houve predominância de idosos que recebiam um salário mínimo em todos os tipos de arranjos domiciliares. Com o avançar da idade, podem aumentar os gastos com a saúde, especialmente para compra de medicamentos⁽²⁷⁾, com risco de comprometer o atendimento das necessidades básicas de idosos que recebem essa quantia mensal. Esse resultado é preocupante em especial para os idosos que moram sozinhos, visto que estudo de abrangência nacional com dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares identificou que os idosos em domicílios unipessoais comprometem 63,38% de sua renda para atender necessidades básicas como habitação, assistência à saúde e alimentação dentro do domicílio⁽²⁸⁾. Segundo os autores, o comprometimento da renda afeta a disponibilidade de recursos para atividades de lazer e outras despesas essenciais⁽²⁸⁾, podendo comprometer a qualidade de vida de idosos nessa condição de moradia.

No que se refere à comparação dos escores de QV com os arranjos domiciliares na análise bivariada, achados prévios corroboram os resultados obtidos no presente estudo, por indicarem que a coabitação com o cônjuge relacionou-se positivamente com a QV de idosos^(5,7) ou por evidenciarem que residir sozinho ou com os filhos/outros resultou em piores avaliações^(9,12-13,29). Entretanto, essas pesquisas não realizaram ajuste para o apoio social, o que foi objeto de análise no atual estudo.

Sabe-se que o tipo de arranjo domiciliar pode interferir nas interações sociais do idoso e na oferta de recursos disponíveis no seu cotidiano⁽⁷⁾. Estudo realizado com pessoas idosas que viviam sozinhas na Coreia do Sul evidenciou que o apoio social foi variável determinante para os domínios da QV⁽³⁰⁾. Os idosos nesse contexto de moradia, segundo os autores, dependem minimamente da família, pois têm aprendido a gerenciar os problemas cotidianos de forma independente.

Entretanto, a literatura nacional e internacional tem reportado que os idosos que vivem com o(a) parceiro(a) apresentam melhores níveis de saúde tanto física quanto mental^(2,7). É possível que o cônjuge, por também vivenciar o processo de envelhecimento, tenha mais empatia com o(a) seu(sua) parceiro(a) e, juntos, criem laços de apoio mútuo no cotidiano, superando as limitações impostas pela velhice. A interação social no ambiente doméstico entre o idoso e seu parceiro também pode evitar o isolamento social, bem como proporcionar apoio afetivo e material. Dessa forma, a rede de apoio social de idosos que vivem com o cônjuge

pode favorecer melhores escores de QV nesse grupo, devido ao papel mediador entre essas variáveis.

Concernente à análise ajustada, os grupos de arranjo domiciliar sem a coabitação com o(a) parceiro(a) apresentaram menores escores na faceta intimidade se comparados aos que residiam somente com o cônjuge, independentemente de idade, sexo, número de morbidades e apoio social. Estudo realizado na macrorregião do Triângulo do Sul, em Minas Gerais, obteve resultados semelhantes, pois idosos que viviam sem o(a) parceiro(a) também alcançaram menores escores nessa faceta⁽³¹⁾. Outra pesquisa desenvolvida com idosos urbanos e rurais do município do presente estudo verificou que a ausência de companheiro foi um preditor independente dos menores escores de QV na faceta intimidade⁽³²⁾.

Na sociedade contemporânea, embora as famílias estimulem os idosos a terem momentos de lazer e diversão, não há apoio familiar para que eles vivenciem novos relacionamentos amorosos e exerçam sua liberdade sexual após a viuvez ou separação conjugal⁽³³⁾. Pesquisa realizada na França com indivíduos de 80 anos ou mais identificou piores escores de QV na dimensão relacionada à função sexual. De acordo com os pesquisadores, ser solteiro(a) e não morar com o(a) companheiro(a) pode interferir negativamente na sexualidade de idosos, especialmente das mulheres⁽³⁴⁾. Ademais, a coresidência com o(a) parceiro(a) tem contribuído para o sentimento de pertencimento e segurança, reduzindo a sensação de solidão entre os idosos⁽²⁾. Infere-se, portanto, que a ausência do parceiro pode comprometer a capacidade dos idosos desenvolverem relacionamentos pessoais e íntimos, aspectos avaliados nessa dimensão da QV.

De maneira geral, observou-se tendência dos arranjos domiciliares com a presença de filhos e/ou outros membros da família associarem-se negativamente aos domínios autonomia e/ou participação social em relação ao grupo de referência (somente com o cônjuge). Ratificando parcialmente esses achados, em estudo desenvolvido na Turquia, os idosos que moravam com outros membros da família e sem o cônjuge também apresentaram menores escores de QV nos domínios autonomia e participação social⁽¹³⁾. As representações sociais da família acerca do idoso contribuem para as imagens estereotipadas da velhice, relacionando-as com inatividade, desânimo, declínio físico e cognitivo. Por conseguinte, há um excesso de paternidade da família para com os idosos, colocando-os no papel de passivos e eximindo a sua capacidade de tomar suas próprias decisões e ampliar o convívio social⁽³⁵⁾.

Adicionalmente, o comprometimento, em especial do funcionamento dos sentidos, pode contribuir para que

o idoso opte por residir com outros membros da família, sobretudo filhos, uma vez que indivíduos mais debilitados são mais propensos a esse tipo de arranjo⁽⁷⁾. Pesquisa realizada com idosos chineses em áreas urbanas e rurais revelou que os idosos solteiros que residiam com filhos adultos possuíam pior saúde física⁽⁵⁾. Dados equivalentes foram encontrados neste estudo, no qual viver somente com filhos e outros foi associado a menores escores em funcionamento dos sentidos. Partindo do pressuposto de que essa faceta avalia o impacto da perda de habilidades sensoriais na qualidade de vida, acredita-se que a coabitação com filhos e outros seja uma alternativa para idosos que apresentam declínio do funcionamento dos sentidos no decorrer do envelhecimento.

Ainda referente ao arranjo domiciliar composto por filhos e outros, identificou-se que os idosos desse grupo obtiveram menor escore de QV na faceta atividades passadas, presentes e futuras em relação àqueles que viviam com o cônjuge. Na percepção dos idosos, a velhice, eventualmente, está atrelada ao fim da vida e à ausência de capacidade de realizar as mesmas atividades por eles desempenhadas quando eram jovens⁽³⁶⁾. Nesse aspecto, cabe aos filhos, outrora encorajados por seus pais a construírem e concretizarem projetos ao longo de suas vidas, incentivarem seus pais, que agora vivenciam o envelhecimento, a pensarem no futuro e planejá-lo, levando em consideração o que ansiavam viver no passado, ainda anseiam e não vivenciaram.

As principais limitações desta pesquisa estão relacionadas ao delineamento transversal, que não permite inferir relação de causalidade entre as variáveis preditoras e o desfecho. Além disso, o estudo foi realizado com uma amostra de idosos de um município de Minas Gerais, o que inviabiliza a generalização dos resultados para outras regiões do país, sobretudo pela possibilidade de características culturais interferirem na conformação dos arranjos domiciliares. Portanto, pesquisas multicêntricas, em particular de recorte longitudinal, são necessárias para compreensão do impacto do arranjo domiciliar na qualidade de vida dos idosos nos diferentes contextos culturais.

Apesar disso, os resultados evidenciados nesta pesquisa permitem compreender a associação entre o arranjo domiciliar e os domínios e facetas de QV de uma amostra representativa de idosos urbanos da comunidade, utilizando instrumento específico para essa faixa etária e fazendo o ajuste para potenciais variáveis de confusão, como o apoio social.

A fim de compreender as especificidades de cada contexto familiar durante o planejamento da assistência ao idoso, os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família podem utilizar diferentes instrumentos, por exemplo, o genograma e o ecomapa, para identificar os recursos

formais e informais disponíveis ao idoso e sua família⁽³⁾. Esse entendimento permite avaliar o impacto das condições sociais e ambientais na qualidade de vida de idosos, identificando possíveis fatores protetores e/ou de risco à sua saúde física, psicológica, mental, espiritual e social.

Conclusão

Este estudo revelou que o tipo de arranjo domiciliar se associou com escores de QV de idosos da comunidade, mesmo após o ajuste para as variáveis sexo, idade, número de morbidades e apoio social. Em relação ao grupo que residia somente com o cônjuge, idosos que viviam sozinhos apresentaram menor escore de QV na faceta intimidade e aqueles que residiam somente com os filhos, menores escores de QV em funcionamento dos sentidos, autonomia e intimidade.

Ainda na comparação com o grupo que residia somente com o cônjuge, idosos que moravam com o cônjuge e outros obtiveram pior avaliação de QV em autonomia e participação social; aqueles que viviam com filhos e outros, pior avaliação em funcionamento dos sentidos, atividades passadas, presentes e futuras, participação social e intimidade; e, por fim, no grupo outros tipos de arranjo domiciliar, pior avaliação na faceta intimidade.

Portanto, os achados desta pesquisa convergem para o entendimento de que cada modalidade de composição familiar apresenta suas potencialidades e fragilidades que precisam ser consideradas pelos pesquisadores, educadores, profissionais de saúde e da assistência social e, sobretudo, pelos formuladores de políticas públicas.

Referências

1. World Health Organization. World report on ageing and health. [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [cited Jul 9, 2019]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1
2. Kim HJ, Fredriksen-Goldsen KI. Living Arrangement and Loneliness Among Lesbian, Gay, and Bisexual Older Adults. *Gerontologist*. 2016;56(3):548-58. doi: 10.1093/geront/gnu083
3. Bolina AF, Tavares DMS. Living arrangements of the elderly and the sociodemographic and health determinants: a longitudinal study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2737. doi: 10.1590/1518-8345.0668.2737
4. Sruogo SA, Jiang Y, de Groh M. At-a-glance - Living arrangements and health status of seniors in the 2018

- Canadian Community Health Survey. Health Promot Chronic Dis Prev Can. 2020;40(1):18-22. doi: 10.24095/hpcdp.40.1.03
5. Zhou Z, Zhou Z, Gao J, Lai S, Chen G. Urban-rural difference in the associations between living arrangements and the health-related quality of life (HRQOL) of the elderly in China - Evidence from Shaanxi province. PLoS One. 2018 Sep 20;13(9):e0204118. doi: 10.1371/journal.pone.0204118
 6. Negrini ELD, Nascimento CF, Silva A, Antunes JLF. Elderly persons who live alone in Brazil and their lifestyle. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2018;21(5):523-31. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.180101>
 7. Henning-Smith C. Quality of Life and Psychological Distress among Older Adults: The Role of Living Arrangements. J Appl Gerontol. 2016 Jan;35(1):39-61. doi: 10.1177/0733464814530805
 8. Kwak Y, Chung H, Kim Y. Differences in Health-related Quality of Life and Mental Health by Living Arrangement among Korean Elderly in the KNHANES 2010-2012. Iran J Public Health. 2017;46(11):1512-20.
 9. Chen Y, While AE. E. Older people living alone in Shanghai: A questionnaire survey of their life experience. Health Soc Care Community. 2019 Jan;27(1):260-9. doi: 10.1111/hsc.12648
 10. Mao X, Han WJ. Living Arrangements and Older Adults' Psychological Well-Being and Life Satisfaction in China: Does Social Support Matter? Family Relations. 2018;67(4):567-84. doi: [https://doi.org/10.1111/ fare.12326](https://doi.org/10.1111/fare.12326)
 11. World Health Organization Quality of Life Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995 Nov;41(10):1403-9. doi: 10.1016/0277-9536(95)00112-k
 12. Kim J, Choi Y, Park S, Cho KH, Ju YJ, Park EC. The impact of living arrangements on quality of life among Korean elderly: findings from the Korean Longitudinal Study of Aging (2006-2012). Qual Life Res. 2017 May;26(5):1303-14. doi: 10.1007/s11136-016-1448-6
 13. Yigen H, Gunay O, Borlu A. Relationship between living arrangements, quality of life and depressive symptoms of older adults. Medicine Science. 2018;7(1):1. doi: 10.5455/medscience.2017.06.8724
 14. Sun X, Lucas H, Meng Q, Zhang Y. Associations between living arrangements and health-related quality of life of urban elderly people: a study from China. Qual Life Res. 2011 Apr;20(3):359-69. doi: 10.1007/s11136-010-9752-z
 15. Melo NCV, Teixeira KMD, Barbosa TL, Montoya, AJA, Silveira MB. Household arrangements of elderly persons in Brazil: analyses based on the national household survey sample (2009). Rev Bras Geriatr Gerontol. 2016;19(1):139-51. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2016.15011>
 16. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. Arq Neuropsiquiatria. 1994;52(1):1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>
 17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. [Internet] Brasília: MS; 2007. [acesso 20 jun. 2018]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf
 18. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS Social Support Survey. Soc Sci Med. 1991;32(6):705-14. doi: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B)
 19. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. Cad Saúde Pública. 2005;21(3):703-14. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300004>
 20. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev Saude Publica. 2000;34(2):178-83. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>
 21. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. Rev Saude Publica. 2006;40(5):785-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000600007>
 22. Sousa NFS, Lima MG, Cesar CLG, Barros MBA. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. Cad Saúde Pública. 2018;34(11):e00173317. doi: 10.1590/0102-311X00173317
 23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE divulga o rendimento domiciliar *per capita* 2017. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE 2018 [acesso 17 dez 2019]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/20154-ibge-divulga-o-rendimento-domiciliar-per-capita-2017>
 24. Jorge MSG, Lima WG, Vieira PR, Vogelmann SC, Myra RS, Wibelinger LM. Caracterização do perfil sociodemográfico, das condições de saúde e das condições sociais de idosos octogenários. Rev Saúde Pesquisa. 2017;10(1):61-73. doi: <http://dx.doi.org/10.177651/1983-1870.2017v10n1p61-73>
 25. Noronha BP, Nascimento-Souza MA, Lima-Costa MF, Peixoto SV. Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre idosos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde (2013). Cienc Saude Coletiva.

- 2019;24(11):4171-80. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.32652017>
26. Ribeiro KG, Andrade LOM, Aguiar JB, Moreira AEMM, Frota AC. Education and health in a region under social vulnerability situation: breakthroughs and challenges for public policies. *Interface*. 2018;22(supl.1):1387-98. doi: [10.1590/1807-57622017.0419](https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0419)
27. Colet CF, Borges PEM, Amador TA. Profile of drug spend among elderly individuals from different socioeconomic groups. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(4):591-601. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150038>
28. Melo NCV, Teixeira KMD, Silveira MB. Consumo e perfil social e demográfico dos diferentes arranjos domiciliares de idosos no Brasil: análises a partir dos dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(5):607-17. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170047>
29. Bilotta C, Bowling A, Nicolini P, Casè A, Vergani C. Quality of life in older outpatients living alone in the community in Italy. *Health Soc Care Community*. 2012 Jan;20(1):32-41. doi: [10.1111/j.1365-2524.2011.01011.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01011.x)
30. Kim J, Lee JE. Social Support and Health-Related Quality of Life Among Elderly Individuals Living Alone in South Korea: A Cross-Sectional Study. *J Nurs Res*. 2018;26(5):316-23. doi: [10.1097/jnr.0000000000000241](https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000241)
31. Paiva MH, Pegorari MS, Nascimento JS, Santos ÁD. Factors associated with quality of life among the elderly in the community of the southern triangle macro-region, Minas Gerais, Brazil. *Cienc Saude Coletiva*. 2016 Nov;21(11):3347-56. doi: [10.1590/1413-812320152111.14822015](https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.14822015)
32. Tavares DMS, Fachinelli AMP, Dias FA, Bolina AF, Paiva MM. Preditores da qualidade de vida de idosos urbanos e rurais. *Rev Baiana Enferm*. 2015 Out./Dez.;29(4):361-71. doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v29i4.13359>
33. Souza M, Marcon SS, Bueno SMV, Carreira L, Baldissera VDA. Elderly widows' experience of sexuality and their perceptions regarding the family's opinion. *Saude Soc São Paulo*. 2015;24(3):936-44. doi: [10.1590/S0104-12902015132060](https://doi.org/10.1590/S0104-12902015132060)
34. Jalenques I, Rondepierre F, Rachez C, Lauron S, Guiguet-Auclair C. Health-related quality of life among community-dwelling people aged 80 years and over: a cross-sectional study in France. *Health Qual Life Outcomes*. 2020;18(1):126. doi: [10.1186/s12955-020-01376-2](https://doi.org/10.1186/s12955-020-01376-2)
35. Araujo LF, Castro JLC, Santos JVO. A família e sua relação com o idoso: Um estudo de representações sociais. *Psicol Pesq*. 2018;12(2):14-23. doi: <http://dx.doi.org/10.24879/2018001200200130>
36. Torres TL, Camargo BV, Boulsfield AB, Silva AO. Social representations and normative beliefs of aging. *Cienc Saude Coletiva*. 2015;20(12):3621-30. doi: [10.1590/1413-812320152012.01042015](https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.01042015)

Recebido: 17.12.2019

Aceito: 23.07.2020

Editora Associada:

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Copyright © 2021 Revista Latino-Americana de Enfermagem


Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Alisson Fernandes Bolina

E-mail: alissonbolina@yahoo.com.br

 <https://orcid.org/0000-0002-1364-0176>